

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1933-1934. — N° 30

LA
CHOLÉDOCHODUODÉNOSTOMIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 11 Décembre 1933

PAR

Auguste-Marie-Louis JUILLARD

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à LAGUIOLE (Aveyron), le 12 octobre 1909.

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOVIN, professeur.....	Président.
		PAPIN, professeur.....	Juges.
		CHARRIER, agrégé.....	
		LOUBAT, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET, DELMAS, SUCCESEUR
6, Place Saint-Christoly
1933



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548415_0066

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1933-1934. — N° 30

LA
CHOLÉDOCHODUODÉNOSTOMIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 11 Décembre 1933

PAR

Auguste-Marie-Louis JUILLARD

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à LAGUIOLE (Aveyron), le 12 octobre 1909.

Examineurs de la Thèse

{	MM. BÉGOVIN, professeur.....	Président.
	PAPIN, professeur.....	{ Juges.
	CHARRIER, agrégé.....	
	LOUBAT, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCESSEUR

6, Place Saint-Christoly

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M.^r SIGALAS. Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGES, AUCHÉ, SELLIER, BEILLE, CASSAËT

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	N.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
id.	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie ..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique	GUYOT.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants ..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale	DELAUNAY.
Anatomie	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUILH.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	CREYX.
Pharmacie	DUPOUY.	Clinique dentaire	CAVALIÉ.

MM MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). LACOSTE (Histologie).

PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale).

R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUBECQ.	Chirurgie générale	CHARRIER.
id.	DUFOUR.	id.	LOUBAT.
Physiologie	FABRE.	Ob-étrique	RIVIÈRE.
Médecine générale	AUBERTIN.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	DAMADE.	Physique médicale	N.
id.	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	DELMAS-MARSALET.	Oto-rhino-laryngologie	N.
id.	N.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.
id.	N.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	PAPIN.	Puériculture	FAUGÈRE.
Physiologie	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac..	N.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Accouchements	RIVIÈRE.		
Ophtalmologie			
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			MM. CABANNES (en congé).
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle			N.
id.	Clinique dentaire		GOURDON.
			DELGUEL.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PERE ET A MA MERE

Je dédie ce travail, faible témoignage
de ma reconnaissance et de mon af-
fection.

A MA SOEUR

A MON FRERE

A MON ONCLE
AU DOCTEUR MAUREL

Dont les conseils me furent si précieux.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE
DE SANTE DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. PAPIN

*Chirurgien des Hôpitaux,
Chargé du cours complémentaire de médecine opératoire à la Faculté
de Médecine de Bordeaux,
Membre correspondant de la Société nationale de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.*

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX
DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine
et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MES JUGES

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BEGOUIN

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de l'Académie de Médecine,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

LA

CHOLÉDOCHODUODÉNOSTOMIE

AVANT-PROPOS

Nous avons essayé dans ce modeste ouvrage de réunir, de classer le plus clairement possible, les renseignements que nous avons pu obtenir sur la cholédochoduodénostomie.

S'il arrivait qu'un jour ce travail permette à un chercheur de retrouver plus facilement le renseignement qu'il désire, nous serions récompensé bien au delà de notre effort.

Nous remercions bien vivement M. le Professeur Papin, chirurgien des hôpitaux, qui nous a donné le sujet de cet ouvrage, nous a indiqué l'esprit dans lequel il devait être fait, et qui, par ses conseils et sa bienveillance, a grandement facilité notre tâche.

INTRODUCTION

La cholédochoduodénostomie est l'anastomose d'une portion du cholédoque avec le duodénum pour remédier à un mauvais écoulement de la bile dans l'intestin.

C'est en somme une opération de drainage biliaire interne. Son but est : 1° de rétablir le flux biliaire vers l'intestin; 2° d'empêcher la stase due au mauvais écoulement.

Nous allons successivement étudier :

- 1° L'historique de cette opération;
- 2° Sa technique;
- 3° Ses indications.

Nous citerons ensuite un certain nombre d'observations

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

En 1888, Riedel, d'Iéna, exécuta pour la première fois une cholédochoduodénostomie. Son exemple fut suivi par Czerny, qui proposa le procédé d'anastomose par implantation, par Kocher, qui fit la première cholédochoduodénostomie interne, par Summer, Mayo, Swain, Kehr. Quand, en 1903, Brin, d'Angers, exécuta pour la première fois en France cette opération, il y en avait 11 cas à l'étranger. L'observation de Brin fit l'objet d'une communication à la Société de chirurgie de Paris. Hartmann, résumant l'opinion générale, déclara que la cholédochoduodénostomie n'était appelée à aucun avenir, surtout dans les cas de lithiase du cholédoque et que ce ne pouvait être qu'une opération de nécessité.

En Allemagne apparaissait un courant d'opinion diamétralement opposé, et, en 1913, Sasse, de Francfort, publiait 10 observations de cholédochoduodénostomie où cette opération avait été employée avec un succès complet comme traitement de la lithiase de la voie principale. Ses conclusions étaient que l'on devait substituer ce procédé à l'opération de Kehr.

Ces idées furent reprises et adoptées après la guerre par Juraz, Rummel, Florcken, Moll, Finsterer, Dziembowski, et certains allèrent même jusqu'à dire que la cholédochoduodénostomie devait être faite dans tous les cas où le drainage biliaire à l'ancienne mode était indiqué.

En France, on n'accorde point autant d'importance à la

cholédochoduodénostomie. Cependant, des chirurgiens, Thévenard, Lecène, signalent ses bons résultats. Le Professeur P. Duval signale lui aussi (Soc. de chir., 1924) les inconvénients de l'opération de Kehr; il préconise le drainage biliaire interne, soit par cholédochoduodénostomie, soit par drainage transvratérien avec tube en caoutchouc : c'est la méthode qu'il emploie.

On se trouve donc en présence de deux grands courants d'opinion. Selon les uns, la cholédochoduodénostomie est une opération de choix : se rallient à cet avis de nombreux chirurgiens allemands, polonais, autrichiens. Selon les autres, la cholédochoduodénostomie est une opération de nécessité : se rallient à cet avis la plupart des chirurgiens français.

CHAPITRE II

TECHNIQUE

Nous avons vu que la cholédochoduodénostomie consiste dans l'anastomose du cholédoque et du duodénum.

Il existe de très nombreux procédés pour faire cette anastomose. On peut les classer en deux grandes catégories :

- 1° les anastomoses latéro-latérales;
- 2° les anastomoses par implantation.

A. — Anastomose latéro-latérale.

C'est la plus employée parce que la plus facile, la plus logique. En effet :

1° Dans la majorité des cas où l'on fait une cholédochoduodénostomie on tombe sur un cholédoque dilaté (1). Hartmann faisait même remarquer que souvent on ne savait au juste avec quoi l'on faisait l'anastomose, l'ensemble des canaux biliaires se présentant, étant donnée la dilatation, comme une poche remplie de bile. On conçoit aisément que dans ces conditions, il ne soit guère possible de faire une autre anastomose que l'anastomose latéro-latérale.

2° On crée par ce procédé une large bouche anastomosique, qui permettra l'écoulement facile de la bile vers l'intestin. C'est la qualité caractéristique de la cholédochoduodénostomie.

3° Cette anastomose sera moins sujette au rétrécissement que les anastomoses par implantation (2).

(1) Hartmann, *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1908, p. 948, 1072 1079.

(2) Finsterer, Die Bedeutung der Choledo-Duodenostoma, etc., *Archiv für Klin. chir.*, t. 186, 1929.

Selon le niveau où elle se fait, on distingue :

1° La cholédochoduodénostomie interne, dite de Kocher ⁽³⁾. L'anastomose se fait au niveau de la portion susvartérienne, pancréatique, rétro-duodénale du cholédoque. Tout se passe comme si l'on faisait une cholédocotomie transduodénale. On se contente de suturer lèvre à lèvre l'incision duodénale à l'incision cholédocienne.

2° La cholédochoduodénostomie externe. On anastomose le cholédoque avec le duodénum en employant le même procédé que pour une gastro-entérostomie latéro-latérale. Le procédé s'emploie presque exclusivement avec la portion sus et rétro-duodénale du cholédoque.

Le premier procédé s'emploie dans les cas de calculs enclavés : on profite de l'opération pour faire une cholédochoduodénostomie.

Le second procédé est bien préférable, parce qu'il offre une difficulté opératoire moindre et qu'il est mieux supporté par le malade.

Comme nous l'avons dit, cette anastomose se fait comme on ferait une gastro-entérostomie : incision longitudinale sur le cholédoque, transversale sur le duodénum. On suture la muqueuse et la séreuse, soit séparément, soit en bloc, par des points au catgut. Quelques-uns ajoutent un lambeau épiploïque. Finsterer ⁽⁴⁾ estime que le drainage est indispensable pendant quatre ou cinq jours. Il attribue à son absence deux cas mortels.

B. — Anastomose par implantation.

Le procédé fut proposé et employé par Czerny. Mais il n'est applicable qu'à un cholédoque peu ou pas dilaté, et de nombreux chirurgiens signalent ⁽⁵⁾ qu'il est sujet au rétrécis-

(3) Goepel, *Munch. Med. Wochschr.*, 1923; Moskowitz, *Zentral. für Chir.*, n° 32, 6 août 1927.

(4) Finsterer, *Arch. j. Klin. Chir.*, t. 156, 1929.

(5) Id., *ibid.*

sement. Enfin, il n'offre pas la large bouche anastomotique du précédent, qui est, comme nous l'avons dit, la qualité caractéristique de la cholédochoduodénostomie.

On peut procéder pour faire cette anastomose de deux façons différentes : 1° Après avoir sectionné le cholédoque, on amène l'extrémité libre sur le duodénum. Un plan de sutures postérieures séro-séreuses pour le fixer. Puis, incision du duodénum et suture lèvre à lèvre du cholédoque au duodénum. On termine en enfouissant l'anastomose par un plan antérieur de sutures séro-séreuses.

2° Un second procédé a été employé par Packard notamment ⁽⁶⁾. Un petit orifice est créé dans la paroi du duodénum; le cholédoque est invaginé et suturé au duodénum. Un surjet séro-séreux enfouit le canal dans un repli du duodénum.

Enfin, il y a des chirurgiens qui font cette anastomose sur tube en caoutchouc. Le procédé est très rarement employé ⁽⁷⁾.

De tout ceci, nous pouvons conclure :

1° que la cholédochoduodénostomie interne n'est pas à considérer comme une opération faite de propos délibéré, mais comme une intervention que l'on ajoute simplement à une opération transduodénale d'ablation de calcul enclavé de l'ampoule de Vater.

2° que la cholédochoduodénostomie par implantation n'est pas à rechercher à cause des suites éloignées. C'est une technique d'exception.

3° que la cholédochoduodénostomie avec tube de prothèse semble être inutile lorsqu'on peut amener côte à côte le cholédoque et le duodénum. Mais dans le cas où ces deux organes ne peuvent être amenés en contact, ce procédé, proposé par Terrier en 1907, donne de bons résultats. Le tube étant encapuchonné par l'épiploon, on voit se faire une reconstitution du conduit, y compris les glandes de la paroi. Cependant, l'expulsion du tube peut être l'origine d'accidents gra-

(6) Packard, *The Brit. Med. and Surg. Journ.*, t. CLIX, juill. 1908.

(7) Simon, *Beitrag zur klinische Chir.*, t. CXIX, 1920.

ves, si bien que certains ont tenté de l'extraire avant son passage dans l'intestin (Villard) (8).

4° que la cholédochoduodénostomie externe latéro-latérale est essentiellement celle que nous avons en vue. Sa technique est satisfaisante étant donné que l'on a presque toujours un cholédoque très dilaté. C'est le meilleur procédé.

(8) Villard, *Gaz. des hôp.*, 1923.

CHAPITRE II

INDICATIONS

La cholédochoduodénostomie a pour but de rétablir le trajet bilio-digestif. Elle se trouve en comparaison avec d'autres procédés d'anastomose, qui ont le même but et qui utilisent la vésicule. La question se pose de savoir quel est le meilleur de ces deux procédés.

A. — Comparaison entre les anastomoses utilisant la vésicule et la cholédochoduodénostomie.

Naunyn⁽¹⁾ avait remarqué que de toutes les fistules qui se produisent entre le tube digestif et les canaux biliaires la cholédochoduodénale était celle qui avait le meilleur pronostic. D'autre part, la large bouche anastomotique créée par ce procédé permet à la bile de s'écouler facilement, et ceci d'autant mieux qu'elle y est entraînée par l'action de la pesanteur et la conformation des canaux. Il en résulte que la stase est complètement supprimée, ce qui permet de lutter efficacement contre l'infection, et Finsterer⁽²⁾ a fait remarquer que dans les cas où il y avait angiocholite la cholédochoduodénostomie, grâce à son large drainage, amenait une amélioration nette.

Comme toute les anastomoses biliodigestives, la cholédochoduodénostomie peut être le point de départ d'une infection

(1) Naunyn, cité in Dziembowski.

(2) Finsterer, *Arch. für Klin. Chir.*, t. CLVI, août 1929.

ascendante. Il faut cependant remarquer que pour les raisons que nous avons énumérées ci-dessus et aussi parce que le duodénum est la partie la moins septique du tube digestif, et qu'à ce niveau le transit intestinal se fait rapidement et sans à-coups (le reflux des matières à travers l'anastomose est ainsi moins à craindre), les cas d'infection ascendante sont plus rares qu'à la suite des autres anastomoses.

Mais l'inconvénient grave de la cholédochoduodénostomie, et auprès duquel les avantages dont nous avons parlé sont de peu de poids, est sa difficulté opératoire. C'est une opération longue et d'une technique délicate, très fatigante pour le malade. Et des chirurgiens ont signalé des accidents graves à la suite de cette intervention : péritonites, fistule duodénale.

La cholécystentérostomie, à l'inverse de la cholédochoduodénostomie, présente une facilité et une sécurité opératoires beaucoup plus grande, et lorsqu'elle est possible elle l'emporte nettement. Mais un certain nombre de facteurs conditionnent sa réussite; il faut que la vésicule soit saine et que le cystique soit parfaitement perméable⁽³⁾. Certains lui ont reproché de supprimer les fonctions digestives de la vésicule, c'est-à-dire l'épaississement de la bile, les phénomènes de résorption qui se produisent au niveau de la muqueuse vésiculaire, etc. Il semble que ce reproche soit un peu théorique et les bons résultats obtenus après cette intervention le prouvent.

En résumé, un fait domine tous les autres : la facilité et la sécurité opératoires des anastomoses à l'aide de la vésicule. C'est pourquoi, malgré les qualités indéniables de la cholédochoduodénostomie, il faut, quand elles sont possibles, leur donner la préférence.

Nous allons maintenant passer en revue les lésions dans lesquelles une anastomose est nécessaire entre les conduits biliaires et le tube digestif.

(3) Béraud et Guy Mallet, *Journ. de Chir.*, mars 1918.

B. — Indications d'anastomose bilio-digestives.

a) RÉTRÉCISSEMENTS DU CHOLÉDOQUE CONSÉCUTIFS A UNE INTERVENTION SUR LES VOIES BILIAIRES.

Ils sont dus à une lésion du cholédoque faite ⁽⁴⁾ au cours d'une cholécystectomie. Cliniquement, il se signale par la persistance d'une fistule et l'apparition d'un ictère par rétention après la fermeture de celle-ci. Dans d'autres cas, après la même opération, il se développe un tissu de cicatrice englobant le cholédoque, le duodénum et même le côlon transverse ⁽⁵⁾. Le cholédoque ainsi emprisonné est comprimé, sténosé, et on a un ictère par rétention. La seule opération possible est la cholédochoduodénostomie et souvent même une hépaticoduodénostomie.

b) LES PANCRÉATITES CHRONIQUES ET LES RÉTRÉCISSEMENTS INFLAMMATOIRES.

Les rétrécissements inflammatoires sont très rares. Beaucoup plus fréquentes sont les pancréatites chroniques, conséquence de vieilles lithiases biliaires, qui, par la sclérose de la tête du pancréas, compriment la portion terminale du cholédoque. Deux cas peuvent se présenter : 1° la vésicule est en bon état et utilisable pour une anastomose : on fera une cholécystogastrotomie ou une cholécystentérostomie; 2° la vésicule est inutilisable, ce qui arrive le plus souvent, parce qu'elle est infectée, atrophiée, scléreuse, exclue, ou bien elle a été enlevée dans une intervention ultérieure : il faut faire une cholédochoduodénostomie. Elle donne en général de très bons résultats. Les pancréatites chroniques constituent la principale indication de cette opération.

(4) Mathieu, Rétrécissement du cholédoque, *Gaz. des hôp.*, 1923.

(5) Hartmann et Petit-Dutaillis, Séquelles de cholécystectomie, *Bull. Acad. de méd. de Paris*, 1922; *J. de chir. de Paris*, t. XX, 1922.

c) TUMEURS DE LA TÊTE DU PANCRÉAS, DE L'AMPOULE DE VATER.

Les tumeurs de l'ampoule de Vater peuvent être traitées de la façon suivante. On peut extirper et exciser en bloc le néoplasme et réimplanter le cholédoque et le canal de Wirsung dans le duodénum. Cette méthode donne de bons résultats. Fulde (6) publie 5 observations personnelles suivies de succès et une statistique de 52 cas. Cependant, dans la plupart des cas et surtout dans les tumeurs de la tête du pancréas, il faut se contenter de faire une opération de dérivation du flux biliaire. Comme la vésicule est en général saine, c'est d'elle qu'on se servira pour faire l'anastomose bilio-digestive.

d) DILATATION CONGÉNITALE DU CHOLÉDOQUE.

Cette dilatation serait due à un rétrécissement, congénital lui aussi, de la portion inférieure du cholédoque. La plupart des auteurs (7) pensent que le meilleur procédé est l'anastomose entre le cholédoque énormément dilaté et le duodénum.

e) STÉNOSE DE L'AMPOULE DE VATER PAR ULCUS DUODÉNAL.

La vésicule est en général utilisable; le mieux est de faire une cholécystogastrotomie ou une cholécystentérostomie.

f) CALCULS ENCLAVÉS DE L'AMPOULE DE VATER.

On pratique l'ablation transduodénale du calcul. Mais un malade très fatigué ne pourra supporter cette intervention. Si la vésicule est utilisable, on peut l'aboucher à la paroi ou faire une cholécystentérostomie. Si on ne peut s'en servir, on peut tenter une cholédochoduodénostomie. Dans ces conditions, cette opération a pu rendre des services.

En somme, dans tous les cas où une anastomose bilio-digestive est nécessaire, il faut utiliser la vésicule si elle est

(6) Fulde, *Zentralbl. für Chir.*, t. LIV, juin 1927.

(7) Senèque et Tailhefer, *Journ. de chir.*, t. 33, 1929, p. 455; E. R. Frizelle, *The Brit. med. Journ.*, n° 3717, avril 1932.

en bon état; la cholédochoduodénostomie n'apparaît que pour remplacer cette intervention quand elle est impossible. C'est une opération de nécessité.

C. — La cholédochoduodénostomie
dans le traitement de la lithiase biliaire, de l'angiocholite, etc.

Des chirurgiens allemands, viennois, polonais, ont étendu les indications de la cholédochoduodénostomie à des lésions dans lesquelles une anastomose bilio-digestive n'est pas indispensable, mais où ils pensent qu'elle peut apporter une meilleure guérison.

a) LITHIASSE BILIAIRE.

C'est ainsi qu'ils l'ont préconisé dans le traitement de la lithiase. Sasse, de Francfort (8), le premier, en 1913, signale les avantages de ce procédé, qui, d'après lui, devait remplacer l'opération de Kehr. Pour celui-ci :

Lithiase simple = cholécystectomie;

Lithiase de la voie principale = extraction du ou des calculs et drainage à l'extérieur de la bile par un tube en T. C'est l'opération de Kehr proprement dite.

Sasse, Juraz (9), Rummel (10), Florcken et Steden (11), le Professeur P. Duval (12), reprochent à ce procédé :

1° De ne pas agir sur le rétrécissement spasmodique ou organique de l'ampoule de Vater, d'où persistance de la stase et de l'infection. Ils signalent qu'il faut voir dans ce rétrécissement l'origine de toutes les récidives après opération de Kehr et même des troubles que l'on observe après une cholécystectomie (Rummel).

2° De drainer insuffisamment : les calculs restants ne s'éliminent pas tous, la stase persiste.

(8) Sasse, *Archiv für klin. Chir.*, 1913.

(9) Juraz, *Zentralbl. für Chir.*, juin 1923.

(10) Rummel, *Zentralbl. für Chir.*, janvier 1926.

(11) Florcken et Steden, *Arch. für klin. Chir.*, avril 1923.

(12) Duval, *Soc. nat. de chir. de Paris*.

3° Le drainage à l'extérieur a des inconvénients, venant :

α. du drain : ulcérations par décubitus, rétrécissements et rétractions inflammatoires, coudure de la voie principale (Sasse) ⁽¹³⁾;

β. de l'écoulement à l'extérieur de la bile : le malade en état d'instabilité hépatique fonctionnelle est privé des fonctions antiputrides, antitoxiques de la bile sur les poisons intestinaux et de sa puissance digestive. D'autre part, l'écoulement libre de la bile à l'extérieur doit augmenter la sécrétion, détruisant ainsi l'équilibre de la fonction hépatique. Le résultat est un amaigrissement parfois mortel. On peut donner à l'opéré sa propre bile, cette méthode donne de très bons résultats, mais le mieux est de profiter de l'opération pour drainer la bile vers l'intestin (J. Duval) ⁽¹⁴⁾.

Voilà les reproches faits à l'opération de Kehr. Ajoutons que Florcken cite une statistique de Lick ⁽¹⁵⁾, où, dans 75 cas difficiles, il y a eu 31 récidives.

Quels sont les avantages offerts par la cholédochoduodénostomie vis-à-vis de l'opération de Kehr.

Nous avons vu plus haut que cette opération assurait un drainage large et continu grâce à sa large bouche anastomotique. Les chances de stase, de rétention, d'infection, sont ainsi réduites au minimum, les récidives peu probables. Finsterer insiste sur ce point : Dans les cas où il y a angiocholite, cette opération amène une amélioration notable, et Sasse dit : « Quand on a fait une cholédochoduodénostomie et quand la vésicule a été enlevée, on réalise les meilleures conditions de guérison des voies biliaires infectées. »

D'autre part, le rétrécissement spasmodique ou organique de la papille de Vater n'a plus d'importance, puisque la bile ne passe plus ou presque plus par l'ampoule de Vater.

(13) Sasse, *Archiv f. klin. Chir.*, mars 1913.

(14) Duval, *Soc. nat. de Chir.*, 1924.

(15) Lick, *Deuts. Zentralbl. für Chir.*, t. 166, 1921.

Quant à la mortalité opératoire d'après les statistiques des différents chirurgiens, elle n'est pas plus élevée que pour l'opération de Kehr.

Finsterer, 4,8 p. 100;

Florcken, 3,7 p. 100;

Juraz, 4 p. 100;

Sasse, 0 p. 100.

Juraz ⁽¹⁶⁾ signale que sur 70 opérations comprenant cholécystectomie et drainage de l'hépatique il a eu une mortalité de 20 p. 100.

Mais on peut faire le reproche suivant (Wildegans) ⁽¹⁷⁾ : Si la perméabilité de la papille se rétablit, la bile va s'écouler à la fois par l'anastomose et par l'ampoule de Vater : la fonction du sphincter d'Oddi est supprimée. Ce chirurgien réserve la cholédochoduodénostomie pour les cas où la papille ne peut plus servir.

Florcken et E. Steden ont eu des accidents postopératoires (morts par péritonite). Ils pensent que le meilleur procédé serait un drainage transvatérien. Duval et Zawadski ⁽¹⁸⁾ ont obtenu de bons résultats en employant ce procédé (drainage transvatérien par tube perdu). Cependant, Zawadski signale des accidents : ascension, obstruction du tube, accidents au moment de l'évacuation.

b) ANGIOCHOLITE.

La lithiase de la voie principale n'est pas la seule indication que donnent ces chirurgiens à la cholédochoduodénostomie. Certains (H. Toole), la préconisent dans le traitement de l'angiocholite chronique. Il a obtenu de bons résultats dans les cas de lithiase avec angiocholite concomitante. Dans les cas d'angiocholite sans lithiase, il n'a obtenu que des améliorations passagères.

(16) Juraz, *op. cit.*

(17) Wildegans, Cité in Dziembowski.

(18) Zawadski, *Bull. et mém. de Soc. de chir. de Paris*, 1926.

c) RÉCIDIVES APRÈS CHOLÉCYSTECTOMIE.

Enfin, Rummel (19) prétend que chez certains malades qui ont subi la cholécystectomie et qui continuent à souffrir, il y a un rétrécissement spasmodique de la papille de Vater dû au choc opératoire. Le rétrécissement serait à l'origine de ces récidives. Il conseille dans ces cas de faire une cholédochoduodénostomie.

Hollenbach (20) a opéré 6 malades présentant ces symptômes. Chez 2, il a trouvé une inflammation discrète de la tête du pancréas, chez les 4 autres il a trouvé une inflammation chronique discrète de la papille. Il a obtenu 5 améliorations notables en faisant une cholédochoduodénostomie. Ce chirurgien pense qu'il y a peut-être un spasme du sphincter d'Oddi, mais que, lors de la première intervention (cholécystectomie), on avait peut-être insuffisamment exploré le cholédoque et que ces lésions étaient passées inaperçues.

Nous ferons remarquer à ce sujet qu'un chirurgien français, Lecène, pense que les cholécystites non calculeuses sont dues : à un trop grand épaissement de la bile et à une sténose du cholédoque par pancréatite discrète. Il ajoute que le meilleur traitement est le drainage prolongé de la voie principale par un tube en T ou par une anastomose bilio-digestive telle qu'une hépatico ou une cholédochoduodénostomie (21). « L'avenir, dit-il, jugera quel est le meilleur de ces deux procédés. »

*
* *

En résumé, la cholédochoduodénostomie est une opération de nécessité et a des indications formelles, qui sont :

- 1° Rétrécissements cicatriciels du cholédoque;
- 2° Pancréatites chroniques avec vésicule inutilisable.

(19) Rummel, *Zentralbl. für Chir.*, t. III, fasc. 5, janv. 1926.

(20) Hollenbach, *Deutsche Zeitschr. für Chir.*, t. LLXV, fasc. 6, avril 1929.

(21) Traitement des cholécystites non calculeuses par la cholécystogastrostomie, Soc. de chir., 1923.

Certains chirurgiens la considèrent comme une opération de choix et ont étendu le domaine de ces indications :

- à la lithiase de la voie principale;
 - à l'angiocholite;
 - aux récidives après cholécystectomies.
-

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur PAPIN.)

P... (Marie), 50 ans, entre à l'Hôpital Saint-André, le 15 juin 1930, dans le service de M. le Professeur Papin. La malade vient parce qu'elle a de violents accès fébriles et qu'elle est jaune.

L'histoire de sa maladie commence en 1913. A cette époque, la malade a été prise un jour de violents accidents de coliques hépatiques, douleurs atroces partant de la région vésiculaire irradiées vers le creux épigastrique, avec vomissements alimentaires, puis bilieux; les jours suivants, ictère avec selles décolorées et urines acajou. La malade reste alitée trois mois.

Depuis cette époque, son foie a toujours continué à la faire souffrir plus ou moins.

En octobre 1929, nouveaux accidents de coliques hépatiques, également suivis d'ictère, avec selles décolorées. La malade reste au lit un mois.

Par la suite, la malade continue toujours à souffrir de l'hypochondre droit et perd tout son appétit. Fin avril 1930, nouvelle crise semblable aux précédentes; depuis, la malade a continué à souffrir.

Elle entre à l'Hôpital parce que, depuis quelques semaines, elle présente de violents frissons avec stades : frisson, chaleur et sueur, qui ont même fait prononcer le mot de paludisme. Elle est subictérique.

A l'examen, cette femme, qui a beaucoup maigri, dit-elle, pré-

sente encore un embonpoint important et sa peau présente de grosses lésions de grattage. Les conjonctives sont jaunes, les urines acajou, les selles partiellement décolorées. Localement, on constate une hernie ombilicale épiploïque, mais on ne palpe rien autre chose d'évident, tellement la paroi abdominale est épaisse. Le point vésiculaire est vaguement douloureux.

Diagnostic. — Lithiase biliaire, avec, très probablement, à ce moment, calculs dans le cholédoque expliquant les crises fébriles ictériques.

Urines. — Ni albumine, ni sucre, ni acétone; sels et pigments biliaires en quantité.

Cholestérinémie : 1 g. 63; Azotémie, 0 g. 4.

Temps de saignement. — 2 min. 30 secondes.

Temps de coagulation. — 8 minutes.

Opération (26 juin 1930) (Prof. Papin). — Anesthésie à l'éther. Après la traversée d'une paroi abdominale extrêmement grasse, on ouvre la cavité abdominale et on constate que la face inférieure du foie est entièrement adhérente au duodénum et au côlon. Libération du côlon et du duodénum. L'angle duodénal entre la première et la deuxième portion est complètement fusionné avec un petit moignon dur, qui représente une vésicule biliaire scléro-atrophique.

On ne voit point le pédicule hépatique rétroduodénal. On fait alors un abaissement du duodénum et on met en évidence le pédicule hépatique rétro-duodénal. Le cholédoque est gros comme le pouce; on l'incise; il en sort de la boue biliaire un peu claire et de tout petits calculs. L'exploration de la partie inférieure du canal cholédoque vers l'ampoule de Vater ramène plusieurs curettes de boue biliaire, mais ne fait sentir aucun calcul enclavé. Le cholédoque dans la traversée pancréatique est complètement sténosé, ce qui explique la dilatation susjacente. La tête du pancréas est en effet dure comme du bois, un stylet peut passer jusqu'à l'ampoule de Vater, une sonde cannelée ne le peut pas.

Devant cette lésion, on pense que le simple drainage du cholédoque, que l'on a tout d'abord la tentation de faire, conduirait à peu près certainement à une fistule biliaire, et l'on décide de faire

une cholédochoduodénostomie. On incise donc le duodénum et on fait une anastomose latéro-latérale en deux plans de suture entre l'incision cholédocienne et l'incision du duodénum. Drainage au contact par tube de caoutchouc, une mèche dans le voisinage.

Les suites opératoires ont été très simples et pour ainsi dire pas fébriles. La malade a guéri parfaitement.

Suites éloignées. — La malade a été revue régulièrement tous les six mois depuis son opération; elle a eu une fois une petite poussée fébrile avec ictère passager qui ne s'est jamais reproduit. Elle a engraisé, ne souffre plus et est très contente.

OBSERVATION II.

(CADE et COTTE, *Lyon médical*, juin 1929.)

Ictère chronique par rétrécissement inflammatoire de la portion terminale du cholédoque. — Cholédochoduodénostomie.

Notre malade est un homme de 64 ans. Entre à l'Hôtel-Dieu le 1^{er} septembre 1928, avec un ictère qui datait déjà de cinq mois. Il raconte qu'il n'a jamais eu de maladie importante. Ses premiers troubles remontent à un an. Ils sont caractérisés par des phénomènes dyspeptiques du type hypersténique : douleurs épigastriques survenant deux ou trois heures après le repas, accompagnées de renvois acides et d'éructions. L'appétit est conservé.

Quatre ou cinq mois avant l'entrée à l'Hôpital, une crise plus violente et qui dure cinq heures est suivie de l'installation d'un ictère, qui persiste depuis lors. Cet ictère se fonce assez vite, puis subit des variations d'intensité, augmentant notamment après les crises douloureuses, qui vont en se répétant. Il s'accompagne de décoloration des matières. Les urines sont foncées, il y a du prurit. L'appétit est conservé, mais le malade restreint son alimentation à cause des douleurs qu'elle provoque. Il maigrit considérablement, perdant 25 kilos.

À l'entrée à l'Hôtel-Dieu l'état général paraît fortement atteint sans cachexie vraie. Le foie est volumineux, débordant nettement le rebord costal, formant même une voussure appréciable à l'ins-

pection de l'hypocondre droit et de l'épigastre. Il est dur, mais de surface régulière; la vésicule n'est pas perçue. La rate n'est pas hypertrophiée. Le pouls est un peu ralenti. Les urines contiennent des pigments biliaires. Il n'y a ni albuminurie ni glycosurie. La température oscille entre 37°5 et 37°8.

L'histoire du malade et les constatations cliniques conduisent à incriminer une lithiase du cholédoque, que ne saurait faire écarter la présence de sang occulte révélée par un examen des fèces. L'indication opératoire paraît formelle.

Mais au point de vue chirurgical, si l'indication d'intervenir n'est pas douteuse, on a bien l'impression que le malade résisterait mal à une intervention prolongée, et c'est pourquoi on se décide à intervenir chez lui en deux temps.

Cette technique, que l'un de nous a déjà suivie plusieurs fois depuis 1925, a souvent permis de guérir des malades beaucoup mieux qu'en cherchant à faire d'emblée une opération radicale. En pareil cas, en effet, comme chez les malades qui ont de la rétention d'urine, il faut aller rapidement au secours du foie comme on va au secours du rein en faisant cesser la rétention. Si la vésicule est utilisable, il faut faire une simple cholécystostomie, sinon il faut aller au cholédoque, le drainer, sans s'obstiner à enlever les calculs, surtout les calculs profonds, qui souvent siègent dans la portion rétroduodénale ou rétro-pancréatique.

Le 18 septembre dernier, sous anesthésie locale à la novocaïne, on fait donc une incision oblique sous-costale. La vésicule, petite, rétractée, est recouverte par l'épiploon adhérent : le foie est énorme et dur, donnant une impression de cirrhose. L'exploration au doigt, au niveau du carrefour cystico-cholédozien et du hile du foie, ne montre aucun noyau néoplasique. On abouche donc simplement la vésicule à la peau. En l'ouvrant, il s'écoule de la boue biliaire avec de petits calculs et un peu de bile faiblement colorée.

Bien que ce drainage ne laisse écouler que peu de bile, il suffit néanmoins à amener une détente appréciable. Et, dans les jours qui suivent, l'ictère diminue légèrement d'intensité : les selles deviennent un peu plus colorées.

Au point de vue anatomo-clinique, l'existence d'une vésicule pleine de boue biliaire et de petits calculs confirmait la notion qu'il s'agissait bien d'une angiocholite calculeuse, liée probablement à l'existence d'un calcul du cholédoque. L'état général du malade s'étant amélioré, le 12 octobre suivant, soit quatre semaines après la première intervention, on se mit donc en demeure d'intervenir sur le cholédoque.

Comme la première fois, cette deuxième intervention est faite seulement sous anesthésie locale. Par la même incision prolongée un peu plus en dedans, en entamant la moitié externe environ du muscle droit, on libère la vésicule de ses adhérences. Le foie a sensiblement diminué de volume, mais, malgré cela, le cholédoque est difficile à repérer. A un moment même, au cours de sa recherche, le duodénum est ouvert, ce qui permet de voir qu'il renferme une bile claire. La brèche ainsi créée permet de repérer facilement l'angle sous-hépatique du duodénum et de trouver le cholédoque. Fermeture du duodénum en deux plans et cholécystectomie. Cholécotomie susduodénale. Le cholédoque est rempli de boue, mais on ne trouve pas de calculs. Chose curieuse, cette boue n'empêche pas complètement la bile de couler dans le duodénum, où elle arrive claire, filtrée en quelque sorte sur le sable biliaire. Drainage en T.

A la suite de cette deuxième intervention, la situation s'améliore beaucoup plus franchement qu'après la première opération. L'ictère diminue assez rapidement, mais, malgré le drainage à l'extérieur, les urines restent toujours un peu foncées et les téguments gardent une teinte jaune pâle.

Au cours d'un pansement, le drain ayant été enlevé involontairement, la cicatrisation se poursuit et il faut attendre qu'elle soit à peu près complètement achevée pour explorer la perméabilité des voies biliaires. La plaie étant fermée, il persiste une petite fistulette intermittente, par laquelle il s'écoule de la bile. Lorsque celle-ci se ferme, le subictère, qui a toujours persisté, fonce sensiblement et la température s'élève. Cela laisse supposer qu'il existe un obstacle à l'écoulement de la bile dans l'intestin.

La radiographie, après injection au lipiodol, montre en effet

qu'il y a, au niveau de la région valérienne, un défilé étroit sur 1 centimètre environ.

Cela implique la nécessité de réintervenir une troisième fois. Mais l'état du malade s'est tellement amélioré qu'actuellement on n'hésite plus à faire une intervention qui peut être longue et laborieuse.

Celle-ci est faite le 23 décembre 1928 sous rachianesthésie. On complète l'incision de Kocher, qui, jusqu'ici, avait respecté le grand droit en tout ou en partie, pour explorer largement la région sous-hépatique. Le drain cholédocien étant supprimé depuis longtemps, on a quelque peine à retrouver le cholédoque, d'autant que la vésicule a été également enlevée. Dans l'idée qu'il existe un calcul profond dans la portion rétro-duodénale pancréatique, on décolle le duodénum. Mais l'exploration là plus minutieuse ne montre l'existence d'aucun corps étranger. Le cholédoque dans cette partie de son trajet est très dilaté. Au cours des manœuvres de décollement, le duodénum ayant été ouvert, on fait à ce niveau une anastomose latéro-latérale cholédochooduodénale avec un seul plan de suture au catgut. Enfouissement de l'anastomose par un surjet séro-séreux portant sur la face externe du duodénum décollé.

Suites opératoires. — Simples. A partir de ce moment, les selles redeviennent franchement colorées; les urines reprennent un aspect tout à fait normal.

A l'heure actuelle, l'ictère a complètement disparu. Le malade accuse encore quelques douleurs abdominales au niveau de l'épigastre et dans l'hypocondre, qui surviennent surtout dans la position debout. Le foie a beaucoup diminué de volume, mais il reste encore perceptible et légèrement induré. La digestion se fait bien, il persiste seulement un peu de constipation. Le malade a engraisé d'une dizaine de kilos.

OBSERVATION III.

(Raoul BAUDET, *Bull. et Mém. de la Soc. nat. de chir.*,
13 févr. 1924.)

Ictère permanent. — Occlusion du cholédoque par affection chronique du pancréas (néoplasme?). — Cholécystectomie. — Cholédochooduodénostomie. — Guérison.

B..., 39 ans, imprimeur. De 17 à 25 ans, il a toujours souffert de l'estomac après les repas et très souvent a eu des vomissements : jamais d'hématémèses. En février 1923, violente crise hépatique, qui a duré quinze jours, mais pas d'ictère. Depuis cette époque, il a, par crise, des douleurs et des élévations de température allant jusqu'à 39°8 le soir. En octobre, même année, l'ictère s'installe, l'amaigrissement devient rapide (il atteint 10 kilos), la fièvre est continue. Pas ou très peu de douleurs. Le 27 novembre, il passe du service de médecine de M. Guillemot dans le mien. Ictère très foncé. Urines brunes contenant des pigments et des sels biliaires. Les matières fécales sont tout à fait décolorées. Le foie déborde de quatre travers de doigt les fausses côtes. La vésicule est douloureuse et trop perceptible. Souffle méso-systolique au cœur. Puls 80. Température variable; certains soirs, elle dépasse 39 degrés.

Opération (18 décembre 1923). — Anesthésie au protoxyde de Az. Incision d'abord parallèle aux fausses côtes, puis verticale sur le bord du droit. La vésicule est volumineuse. Je l'enlève, elle contient du liquide muqueux et des calculs. Le cholédoque très dilaté, comme le pouce, depuis le hile jusque derrière le duodénum. Aspect blanchâtre. Je décolle l'angle duodénal et le pancréas, de façon à pouvoir les explorer par derrière. Je trouve deux ou trois nodules indurés de la tête du pancréas. J'en enlève deux. Je ponctionne le cholédoque et ramène une bile blanche comme de la craie délayée.

Je pratique l'anastomose du cholédoque avec l'angle duodénal (première et deuxième portions) de la façon suivante :

1° Le cholédoque adhère à la face postérieure de la première portion du duodénum. Cette adhérence postérieure remplace natu-

rellement le surjet postérieur que l'on fait habituellement dans toute anastomose latérale de l'intestin.

2° J'agrandis l'orifice du cholédoque qui a été fait par le trocart. Je fais un trou sur le duodénum; autour de chaque trou et du cholédoque et du duodénum, je passe un fil de soie en bourse.

3° Une sonde Pezzler, dont les deux extrémités ont été coupées, est introduite sur une longueur de 12 à 15 centimètres, moitié dans le cholédoque, moitié dans l'intestin. Le surjet en bourse est serré autour de la sonde de telle façon que le bord des deux orifices intestinal et cholédocien est collé contre la sonde.

4° J'adosse le cholédoque au duodénum par un surjet à la soie : la bouche anastomotique se trouve donc enfouie. Je renforce le surjet par un second surjet et je recouvre le tout par une couverture péritonéale empruntée aux mésos voisins.

5° Je place une mèche sous le foie; elle correspond au lit de la vésicule biliaire. Je mets un drain Goldman dans le foyer de la région opératoire cholédochooduodénale.

6° Suture de la paroi au fil d'argent.

Les suites opératoires furent très simples. Le malade, très amaigri et très cachectique, supporta facilement cette opération un peu longue (une heure). Il mit une quinzaine de jours à perdre sa teinte ictérique, très rapidement il retrouva l'appétit. Actuellement, vous le voyez, il a un teint absolument normal. Il éprouve des tiraillements à l'épigastre. Ses digestions sont lentes : il se ballonne et a des éructations. Le pylore est assez difficilement perméable, l'estomac très dilaté. La radio ne montre pas la sonde en caoutchouc. Pas de vomissement. Du 30 janvier au 6 février, il a engraisé de 2 kilos.

OBSERVATION IV.

(HABERER, *Archiv. für Klinische Chir.*, t. CXXII, 16 févr. 1923.)

Drainage du cholédoque dans le duodénum.

Femme de 52 ans, ayant subi une pylorectomie pour ulcus en 1913 et qui, en janvier 1922, commença à maigrir, à souffrir de l'estomac et à perdre l'appétit. Puis apparut un ictère qui diminua

plusieurs fois sans jamais disparaître complètement, pas de vomissements. En mai, le foie était volumineux, dur, lisse, sensible. Ictère très foncé, selles décolorées. L'estomac fonctionnait bien. L'idée d'une récurrence sous forme néoplasique fut abandonnée, et l'on porta le diagnostic de lithiasé biliaire avec calculs du cholédoque. La vésicule n'avait pas été vérifiée lors de la première intervention.

Le 26 mai, incision oblique sur le grand droit. On trouve une vésicule épaissie remplie de calculs, ainsi que le cholédoque, qui présente un diverticule derrière le duodénum. Cholécystectomie. Puis on ouvre le cholédoque à partir du cystique, on extrait plusieurs calculs gros comme un pois ou même un haricot. Il y en avait aussi dans l'hépatique. Plus d'une centaine furent extraits et le lavage en ramena encore. Anastomose latéro-latérale entre le cholédoque et le duodénum. Suture totale.

Au bout de trois semaines, quelques douleurs, un peu d'ictère, se reproduisirent, et la température monta. Il s'agissait sans doute du passage d'un calcul, car ensuite tout rentra dans l'ordre. Cinq mois après, l'opérée était en très bon état.

OBSERVATION V.

(S. DE DZIEMBOWSKI, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1931, p. 545.)

Cholédochoduodénostomie.

Mlle A. B..., âgée de 28 ans, atteinte de lithiasé biliaire avec coliques assez graves depuis quelques mois.

Depuis une semaine, une crise ne cessait pas, malgré plusieurs injections de morphine et de Pantopon : la fièvre avec des frissons et l'ictère augmentait rapidement. La malade étant menacée d'une angiocholite septique, je pratiquai l'opération. La vésicule biliaire, peu augmentée de volume, fut enlevée en raison des nombreuses et graves lésions inflammatoires anciennes et récentes : je dus d'ailleurs décoller des adhérences considérables. Pendant ce décollement, je constatai une fistule cholédochoduodénale, qui

s'était récemment produite; elle fut involontairement déchirée pendant le décollement; les orifices, dans le cholédoque et le duodénum, étaient parfaitement visibles. Je constatai au même moment qu'un corps nécrotique remplissait la fistule, corps dont la plus grande partie se trouvait déjà dans le duodénum, tandis que sa partie terminale n'était pas entièrement nécrosée et détachée sa partie terminale n'était pas entièrement sortie de l'orifice situé dans le cholédoque. Ce corps nécrotique peut être facilement enlevé; je pus voir immédiatement, et sans doute possible, qu'il s'agissait de la muqueuse vésiculaire entièrement nécrosée et détachée dans sa totalité avec tout son contenu, c'est-à-dire le col vésiculaire étant terminé par un obstacle calculeux une importante quantité de liquide purulent et de nombreux calculs. Il n'y avait pas de calculs dans les voies biliaires. L'opération fut terminée par reconstitution de la fistule cholédochoduodénale, qui s'était produite spontanément; on refit l'anastomose en suturant soigneusement les bords des orifices dans le cholédoque et le duodénum. Excellente évolution postopératoire; résultat parfait. Le résultat éloigné est toujours aussi bon.

OBSERVATION VI.

(RUMMEL, *Zentralbl. für Chir.*, t. LIII, janv. 1926, p. 266.)

Pseudo-récidive après cholécystectomie. Cholédochoduodénostomie.

Un homme de 37 ans souffre depuis deux mois et demi de coliques dans l'hypocondre droit, avec irradiations vers l'épaule et le dos, et présente un ictère accompagné de fièvre et de décoloration complète des matières.

On l'opère et on trouve une vésicule de dimensions presque normales, mais très tendue, et avec un calcul dans son bassinet et un cholédoque gros comme le pouce. On fait une cholécystectomie : incision du cholédoque, qui renferme de la bile trouble, et dans la portion rétroduodénale duquel on rencontre un calcul gros comme une noisette, qui est enlevé. L'ampoule de Vater est bien perméable à la sonde. Drainage de l'hépatique.

La guérison est obtenue sans incident. Mais trois mois plus tard, à la suite d'excès de table, survient une nouvelle crise douloureuse avec fièvre, frissons et ictère progressif. On intervient à nouveau. Comme lors de la première opération, l'hépatique et le cholédoque dilatés sont du volume du pouce; la palpitation et l'incision du cholédoque sont négatives; il n'y a ni calcul, ni rétrécissement cicatriciel, ni coudure, ni induration du pancréas; l'ampoule de Vater est fermée, mais cède facilement à l'introduction d'une sonde. On fait une anastomose latéro-latérale entre le cholédoque et le duodénum : guérison complète, qui se maintient après dix-huit mois.

OBSERVATION VII.

(F. Clar, *Zentralbl. für Chir.*, t. LIV, 20 août 1927.)

Cancer de l'ampoule de Vater. Excision. Guérison après cinq ans.

Homme de 50 ans, présentant des douleurs dans l'hypocondre droit. Ictère complet, avec décoloration des matières. Amaigrissement de 28 kilos. Grosse vésicule. On trouve une vésicule et un cholédoque distendus par de la bile blanche. Pas de calcul. Tumeur de l'ampoule de Vater grosse comme un pois, dure, ulcérée. On enlève la tumeur par duodénotomie antérieure et on implante le cholédoque et le canal de Wirsung dans le duodénum. Guérison. La tumeur était un carcinome papillaire. En 1927, cinq ans après l'intervention, le malade est en parfaite santé, sans trouble d'aucune sorte. Augmentation de poids (26 kilos).

OBSERVATIONS IX ET X.

(H. TOOLE, *Deutsche Zütschr. für Chir.*, t. CCX, août 1928.)

I. — Homme de 33 ans atteint de lithiasé du cholédoque avec fièvre et ictère. On fait une cholécystectomie et on draine l'hépatique après ablation de deux calculs du cholédoque. Un an après, le malade se plaint de nouveau. Ablation de 5 calculs du cholédoque. On fait une cholédochooduodénostomie. Guérison complète.

II. — Homme de 37 ans. Angiocholite avec fièvre et ictère. A l'opération, on trouve une vésicule grosse, mais non enflammée, un foie hyperémié. Ouverture du cholédoque, qui ne contient pas de calculs. Drainage de l'hépatique. Vingt-sept jours après, reprise de la fièvre à 39°5. Nouvelle opération : cholédochoduodénostomie. Chute de la fièvre pendant quelques semaines, puis reprise à grandes oscillations et mort deux mois après la seconde intervention.

OBSERVATION XI.

(E.-R. FRIZELLE, *The Br. Med. Journ.*, n° 3717, 2 avril 1932.)

Dilatation congénitale du cholédoque. Cholédochoduodénostomie.

Femme de 29 ans. Un long passé douloureux, des vomissements, font intervenir. Aucune tumeur n'avait été perçue. La dilatation cholédocienne fut une découverte opératoire. Cette malade a dû être opérée trois fois. La première fois, il fut fait une simple marsupialisation. Celle-ci fut suivie d'amélioration tant que la fistule fonctionna. Mais dès que celle-ci fut bouchée, des accidents aigus recommencèrent. La deuxième fois, on fait une cholécystoduodénostomie également suivie d'échec. La guérison fut obtenue par une cholédochoduodénostomie faite dans un troisième temps.

Nous citons ci-dessous les observations très résumées de différents auteurs :

S. DE DZIEMBOWSKI (*Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1931) :

18 cas.

Rétrécissement de la portion inférieure du cholédoque consécutif à lithias biliaire (8 cas). Cholédochoduodénostomie.

Résultats :

1° Immédiats : bons.

2° Après deux ans au moins : bons.

Pancréatite : tumeur inflammatoire de la tête du pancréas (2 cas). Cholédochoduodénostomie.

Résultats :

- 1° Immédiats : bons.
- 2° Après deux ans : bons.

Lithiasé biliaire et lésions inflammatoires des voies biliaires.
(6 cas). Cholédochoduodénostomie.

Résultats (dans 5 cas) :

- 1° Immédiats : bons.
- 2° Après deux ans : bons.

Une mort chez un tuberculeux pulmonaire par complications pulmonaires.

Calcul étranglé dans l'ampoule de Vater. Mauvais état général.
Femme de 56 ans. Cholédochoduodénostomie.

Résultats :

- 1° Immédiats : bons.
- 2° Après six mois : bons.

Calcul enclavé. Femme vieille et mauvais état général. Cholédochoduodénostomie.

Résultat. — Mort due à complications cardio-rénales.

HOLLENBACH : *Soi-disant pseudo-récidives après cholécystectomies.*

— *Cholédochoduodénostomie (Deutsche Zeitschrift für Chir., t. CCXV, avril 1929, p. 378) : 6 cas.*

Lésions. — 6 malades ayant subi cholécystectomies. Ils continuent à souffrir.

Opération. — A la deuxième intervention, on trouve :

- 2 inflammations chroniques de la tête du pancréas;
- 4 inflammations chroniques de la papille.

On fait une cholédochoduodénostomie.

Résultats. — 5 améliorations notables.

H. TOOLE. : *La cholédochoduodénostomie dans le traitement de l'angiocholite chronique* (*Deutsche Zeitschrift für Chir.*, t. CCX, août 1928) : 3 cas.

Femme de 52 ans. Lithiase. Opération de Kehr. Récidive avec angiocholite. Cholédochoduodénostomie.

Résultat. — Guérison. Vingt mois après, meurt d'une affection gastro-intestinale sans rapport avec angiocholite.

Homme de 49 ans. Lithiase et angiocholite. Cholédochoduodénostomie.

Résultat. — Guérison.

Femme de 42 ans. Angiocholite. Pas de calculs. Drainage de l'hépatique. Récidive. Cholédochoduodénostomie.

Résultat. — Amélioration passagère, puis mort.

W. WALTERS (*Surg. und Obst.*, t. XLVIII, 1929, p. 313) : 3 cas.

Lésion. — Cholécystostomie. Rétrécissement du cholédoque.

Opération. — Cholédochoduodénostomie.

Résultat. — Guérison depuis un an.

Lésion. — Cholécystectomie. Rétrécissement du cholédoque.

Opération. — Cholédochoduodénostomie.

Résultat. — Guérison depuis un an.

Lésion. — Cholécystectomie. Rétrécissement du cholédoque.

Opération. — Cholédochoduodénostomie.

Résultat. — Ictère. Fièvre. Gros foie. Angiocholite.

Un an après : ni fièvre, ni ascite, ni ictère. Gros foie.

W. WALTERS et MAC VICEAR (*Annals of Surgery*, t. 89, 1929).

Lésion. — Tumeur indurée de la tête du pancréas.

Opération. — Cholédochoduodénostomie latéro-latérale.

Résultat. — Guérison.

BRAULT et GRÉGOIRE (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 1913, p. 855).

Lésion. — Sténose du cholédoque.

Opération. — Cholédochoduodénostomie termino-latérale.

Résultat. — Guérison.

J. LAFOURCADE (*Soc. nat. de chir.*, 1925).

Lésion. — Sténose du cholédoque d'origine typhique.

Opération. — Cholédochoduodénostomie latéro-latérale.

Résultat. — Guérison.

FLORCKEN et E. STEDEN (*Arch. für Klin. Chir.*, t. 124, 1913) : 20 cas.

Lésions :

1 cas pancréatite chronique.

8 cas lithiasse du cholédoque;

3 cas récidence;

7 cas sténoses de la papille;

1 cas cancer de la tête du pancréas.

Opération. — Cholédochoduodénostomie latéro-latérale.

Résultats :

1 mort par péritonite;

1 amélioration (cancer);

18 guérisons complètes.

FINSTERER (*Arch. für Klin. Chir.*, t. 146, 1929) : 45 cas.

Lésions. — Lithiasse du cholédoque et accidents consécutifs à cette lithiasse.

Opération. — Cholédochoduodénostomie.

Résultats :

2 morts dues à l'insuffisance de la technique;

22 malades opérés depuis trois à sept ans;

19 guérisons;

3 souffrent d'ulcère de l'estomac.

VON SASSE (*Arch. für Klin. Chir.*, t. 124, 1913, p. 53) : 46 cholédochoduodénostomies pour :

3 cas pancréatite et cancer du pancréas;

8 cas sténose cicatricielle du cholédoque;

25 cas lithiasse du cholédoque;

10 cas sténose de la papille et dilatation du cholédoque.

Résultats :

0 mort postopératoires;

7 morts tardives, dont :

1 due à cancer du pancréas avec extension au péritoine
(14 mois après opération);

1 due à cystite et pyélonéphrite (11 ans après opération);

1 due à obstruction intestinale (4 ans après opération);

1 due à angiocholite; lithiase de canaux intra et extra-
hépatiques; méningite à pneumocoques; anastomose introu-
vable;

11 guérisons complètes;

1 cas coliques avec ictère. Laparotomie (adhérences); T. A. :
225 mm. de Hg;

1 cas légères douleurs à type de coliques;

23 malades que l'on n'a pu suivre.

II. PACKARD (*The Boston Med. and Surg. Journ.*, 1905).

Lésion — Ulcus duodénal amenant une sténose de l'ampoule
de Vater.

Opération. — Cholédochoduodénostomie termino-latérale.

Résultat. — Guérison.

CONCLUSIONS

I. — Au point de vue technique, lorsqu'on fait une cholédochoduodénostomie, un procédé s'impose : c'est *l'anastomose latéro-latérale*, parce que c'est la plus facile, la plus logique, étant donné que l'on n'a presque jamais affaire à un cholédoque dilaté.

II. — La cholédochoduodénostomie a des qualités indéniables : drainage large et continu de la bile, risques minimum d'infection ascendante. Mais le grand écueil est *sa difficulté opératoire*. C'est pourquoi on doit lui préférer les *anastomoses faites avec la vésicule*, qui sont *plus faciles* et offrent *plus de sécurité* au point de vue opératoire.

III. — C'est donc, à notre avis, *une opération de nécessité*. On l'emploiera lorsqu'une anastomose bilio-digestive est nécessaire et que la vésicule *est absente* ou *inutilisable*. Les conditions se présentent dans les rétrécissements cicatriciels du cholédoque, et dans les pancréatites chroniques consécutives à une vieille lithiasé biliaire avec vésicule scléro-atrophique ou exclue.

Ce sont ces *pancréatites* qui, à notre avis, constituent la grande indication de la cholédochoduodénostomie. Elle rend dans ces cas de grands services.

IV. — Beaucoup de chirurgiens étrangers ont étendu le domaine des indications de la cholédochoduodénostomie. Ils en font une opération de choix et l'emploient dans le traitement de la lithiasé biliaire.

Il semble qu'ils aient obtenu de bons résultats. La mortalité opératoire est faible, les résultats éloignés bons. La cholédochoduodénostomie envisagée sous cet angle est peu connue en France.

Cependant, ce procédé reste discutable : il supprime en effet le système de défense naturel des voies biliaires : le sphincter d'Oddi; et de l'avis même des chirurgiens qui font la cholédochoduodénostomie (Florcken) il ne faut l'employer que dans les cas *d'obstacle infranchissable de la papille*. C'est donc un procédé d'exception.

VU, POUR LE DOYEN :

L'Assesseur,

J. GUYOT.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

P. BEGOUIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 1^{er} décembre 1933.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- BAUDET (R.). — Ictère permanent. Occlusion du cholédoque par affection chronique du pancréas (néoplasme?). Ablation de la vésicule biliaire. Cholédochooduodénostomie. Soc. de Chir. de Paris, 13 févr. 1924.
- BAUDOUIN. — Les opérations nouvelles sur les voies biliaires. Maloine, édit., 1897, p. 129.
- BARBER (H.). — Cholédochoentérostomie et dilatation postopératoire des canaux biliaires (étude expérimentale). *Ann. of Surg.*, t. LXXX, n° 5, nov. 1919.
- BÉRAUD et MALLET (Guy). — Cholécysto-gastrostomie. *Lyon médical*, 573-577, 1930. *Journal de chir.*, mars 1918.
- BRAULT et GRÉGOIRE. — Ictère chronique par rétention. Sténose du cholédoque. Cholédochooduodénostomie. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, t. XXIX, n° 14, 1^{er} mai 1913.
- BRIN. — *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1905, p. 945-1072-1079.
- CADE et COTTE. — Ictère chronique par rétrécissement inflammatoire de la portion terminale du cholédoque. Cholédochooduodénostomie. *Lyon médical*, 143, p. 733-739, juin 1929.
- CLAR (F.). — *Zentralbl. für Chir.*, t. LIV, 20 août 1927.
- DEAVER. — Quelques raisons pour lesquelles la cholécystectomie doit être pratiquée moins souvent que ne le disent certains chirurgiens. *Amer. Journ. of the Med. Sciences*, avril 1908, n. 443.
- DELAGENIÈRE. — Traitement des oblitérations non calculeuses des voies biliaires principales d'après 27 observations. *Arch. franco-belges de chir. de Bruxelles*, 1924.
- DUVAL. — Le drainage transvatérien par tube perdu. Soc. nat. de chir. de Paris, 1924.

- DZIEMBOWSKI (de). — Anastomoses bilio-intestinales. *Bull. et Mém. de la Soc. des chir. de Paris*, juillet 1931, p. 545.
- FENKNER. — Cholédochoduodénostomie sans suture. Résultats après six mois. *Arch. für Klin. Chir.*, t. CLXI, août 1930.
- FINSTERER. — La valeur de la cholédochoduodénostomie externe dans le traitement de la lithiase biliaire. *Arch. für Klin. Chir.*, t. CLVI, fasc. 3, déc. 1929.
- FLORCKEN. — Récidives après opérations pour calculs biliaires et indications d'anastomoses bilio-duodénales. *Munch. Med. Wochenschr.*, t. LXX, n° 16, avril 1923.
- La cholédochoduodénostomie substituée au drainage hépatique de Kehr. *Munch. Med. Wochenschr.*, t. LXIX, n° 40, 6 oct. 1922.
- FLORCKEN et E. STEDEN. — Résultats immédiats et éloignés de la cholédochoduodénostomie. *Arch. für Klin. Chir.*, vol. CXXIV, fasc. 1, avril 1923.
- FRIZELLE (E. R.). — Dilatation congénitale du cholédoque. Cholédochoduodénostomie. *The Br. Med. Journ.*, n° 3717, 2 avril 1932.
- FULDE. — *Zentralbl. für Chir.*, t. LIV, 11 juin 1927, p. 1841.
- GATEWOOD. — Cholédochoduodénostomie pour sténose du cholédoque. *S. Clin. North America*, 9, 337-343, avril 1929.
- GRASSNIK (T. A.). — Cholechochoduodenostomy is method of treatment of certain forms of diseases of biliary tract. *Vestnik Klin.*, n° 52, 18, 92-100, 1929.
- GOEPEL. — Kann die Kehusche Hepatiensdrainage durk ein vollkommeneres Verfahren ersetzt werden. *Munch. Med. Wochenschr.*, n° 34, 1922.
- HABERER. — Drainage du cholédoque vers le duodénum. *Arch. für Klin. Chir.*, t. CXXII, fasc. 4, févr. 1923.
- HARRINGTON. — Réimplantation du canal cholédoque dans le duodénum pour un rétrécissement de l'ampoule de Vater dû à un ulcus duodénal. *Boston Med. and Surg. Journ.*, t. CLX, févr. 1909.
- HARTMANN et PETIT-DUTAILLIS. — Séquelles de cholécystectomie. *Bull. Acad. de méd. de Paris*, 1922; *Journ. de chir. de Paris*, t. XX, 1922.

- HEYROWSKI. — Über dane resultat der cholédochoduodénostomia externa. *Wien. Med. Wochenschr.*, 79, 654-658, mai 1929.
- HOLLENBACH. — La soi-disant pseudo-récidive après cholécystectomie et son traitement par la cholédochoduodénostomie. *Deutsche Zeitschr. für Chir.*, t. CCXV, fasc. 6, avril 1929, p. 378-379.
- JURAZ. — La cholédochoduodénostomie, méthode de drainage de choix des voies biliaires. *Zentralbl. für Chir.*, t. L., fasc. 25, 23 juin 1923.
- KASPAR (F.). — Au sujet de la cholédochoduodénostomie externe. *Deutsche Zeitschr. für Chir.*, 219, 91-106-1929.
- KONJETZNY. — Cholédochoduodénostomie. Section du cholédoque et réimplantation dans les résections gastro-duodénales étendues. *Zentralbl. für Chir.*, LVI, n° 1, janv. 1929.
- LAFOURCADE. — Oblitération cicatricielle du cholédoque. Cholédochoduodénostomie latéro-latérale. *Soc. nat. de Chir.*, 1925.
- LAVROFF. — Le problème de la cholédochoduodénostomie. *Vestnik. Klin.*, n°s 56-57, 19, 102-109, 1930.
- LIECK. — *Deutsche Zeitschr. Chir.*, t. 166, p. 106, 1921.
- MATHIEU. — Rétrécissement non néoplasique des voies biliaires. *Rev. de chir.*, t. XXXVII, n° 4, janv. et févr. 1908.
- MOLL. — *Zentralbl. für Chir.*, n° 8, 1923; Congrès de chirurgie de Dusseldorf, 1922.
- MOSKOWICZ. — La technique de la cholédochoduodénostomie trans-duodénale. *Zentralbl. für Chir.*, LIV, n° 32, août 1927.
- ORR (T. C.). — Biliary infection following cholecystoduodenostomy. *South-West Chir. Monthly Bull.*, Kansas-City, 6, 26-30, 1930.
- PACKARD. — Rétrécissement du cholédoque d'origine inflammatoire ou par cicatrisation d'un ulcère du duodénum. Cholédochoduodénostomie. *The Boston Med. and. Surg. Journ.*, vol. CLIX, n° 4, juill. 1908.
- PINARD. — Contribution à l'étude des anastomoses biliaires avec l'intestin des voies biliaires principales. Thèse Bordeaux, n° 30, 1908-1909.
- RIEDEL. — Erfahrungen uber die Gallensteinrank mit und ohne icterus, Berlin, 1892, p. 118.

- ROYER (François). — Intervention sur le cholédoque. Thèse Paris, n° 9, 1902-1903.
- RUMMEL. — Contribution à l'étude des pseudo-récidives après la cholécystectomie et des indications de la cholédochooduodénostomie. *Zentralbl. für Chir.*, t. III, n° 5, janv. 1926, p. 266-274.
- SASSE. — Sur la cholédochooduodénostomie. *Arch. für Klin. Chir.*, t. L, n° 4, mars 1913.
- SENÈQUE et TAILHEFER. — Dilatation congénitale du cholédoque. *Journ. de chir.*, t. 33, 1929, p. 155.
- SIMON. — Hépatico et cholédochooduodénostomie au moyen d'un tube de prothèse en caoutchouc. *Beitrag zur Klin. Chir.*, t. CXIX, fasc. 2, 1920.
- STARR JUD et BENNETT PARKER. — *Arch. of Surg.*, t. XVII, juill. 1928.
- STONEV. — Cholédochooduodénostomie, pancréatite et vésicule inutilisable. *The Irish Journ. of med. Science*, 6^e série, n° 39, mars 1929, p. 118-120.
- VILLARD. — Traitement des oblitérations non calculeuses des voies biliaires principales. *Gaz. des hôp. de Paris*, 1923.
- WALTERS (W.). — Rétrécissements des canaux cholédoques et hépatiques. Etude de 17 cas opérés. *Surg. Gyn. and Obst.*, vol. XLVIII, n° 3, mars 1929.
- Cholédochooduodénostomie suivie de fistule duodénale. *Surg. Clin. North America*, Philadelphie, 1926.
- WALTERS (W.) et Mac VICEAR. — Traitement de l'ictère chronique par obstruction dans les tumeurs de la tête du pancréas. *Annals of Surg.*, vol. LXXXIX, n° 2, févr. 1929.
- WEGLOVSKI. — Interventions opératoires sur le cholédoque. *Presse médicale*, Paris, 1926.
- WILDEGANS. — Résultats de la cholédochooduodénostomie. *Chir. review*, 991-995, nov. 1930.
- ZAWADSKI (A.). — *Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1926.

